

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

จากรายงานอุบัติการณ์ของสำนักระบาดวิทยา ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2527 จนถึง วันที่ 31 ตุลาคม 2549 มีจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 306,066 ราย เป็นเพศชาย 214,668 ราย เพศหญิง 91,398 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2.3 : 1 มีรายงานการเสียชีวิตแล้วทั้งสิ้น 85,456 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.9 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด เป็นเพศชาย 61,492 รายและเพศหญิง 23,964 ราย (สำนักระบาดวิทยา, 2549, หน้า 829 - 830) และจากรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ของจังหวัดสุโขทัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532-มีนาคม 2549 มีผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่มีอาการสะสมจำนวน 3,744 ราย เสียชีวิต 729 ราย แยกเป็นเพศชาย 959 ราย เพศหญิง 1,161 ราย กลุ่มอายุที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงาน อยู่ระหว่างอายุ 30-40 ปี กลุ่มอายุที่มีผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่มีอาการสูงสุด ได้แก่ อายุ 30-40 ปี พบร้อยละ 27.88 รองลงมา อายุ 25-29 ปี พบร้อยละ 25.29 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 46.53 และ 33.25 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อสูงสุด คือ จากเพศสัมพันธ์พบร้อยละ 90.01 (คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดสุโขทัย, 2549, หน้า 2)

ส่วนสถานการณ์โรคเอดส์ในอำเภอศรีมาศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2532 ถึง มีนาคม 2549 มีผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด 215 ราย มีชีวิตอยู่ 154 ราย เสียชีวิต 61 ราย ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ 56 ราย มีชีวิตอยู่ 50 ราย เสียชีวิต 6 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 45 ราย เสียชีวิต 5 ราย เกิดผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ 8 ราย แพ้ยา 4 ราย เปลี่ยนสูตรยา 8 ราย เกิดโรคฉวยโอกาส 10 ราย (คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดสุโขทัย, 2549, หน้า 4) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากลุ่มอายุที่มีผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงสุด เป็นกลุ่มวัยทำงานอยู่ระหว่างอายุ 25-40 ปี เป็นวัยที่กำลังสร้างฐานะและความมั่นคงให้กับตนเองและครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคเอดส์หรือเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสจะทำให้ร่างกายอ่อนแอ ไม่สามารถทำงานได้ทำให้ขาดรายได้ มีผลต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและครอบครัวตามมา (Sukati, 2007) นอกจากนี้ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสยังได้รับผลกระทบจากผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส เกิดปัญหาการแพ้ยา ทำให้ต้องเปลี่ยนสูตรยาในการรักษา ซึ่งหากผู้ป่วยเอดส์ไม่มีการจัดการตนเอง เพื่อลดผลกระทบจากปัญหาดังกล่าวจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยใน

ด้านต่างๆ ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและคนใกล้ชิด ตลอดจนสังคมในวงกว้างทั้งในเชิงเศรษฐกิจ การเมืองประเทศชาติและนับวันจะรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์จำนวนหนึ่งได้เสียชีวิต อีกจำนวนหนึ่งที่มีอาการป่วยต้องประสบปัญหาต่างๆ มากขึ้น ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์เป็น ปัญหาแรกที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ สืบเนื่องมาจากโรคเอดส์ยังไม่มียารักษาได้ผลแน่นอน อีกทั้งเป็นโรค ที่คนรอบข้างและสังคมรังเกียจ สร้างความกดดันให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น ซึ่ง ความเครียดและความคับข้องใจจะเพิ่มมากขึ้น หากความลับถูกเปิดเผย ครอบครัวทราบและไม่ ยอมรับ หรือมีปฏิกริยาเชิงรังเกียจจากเพื่อน เพื่อนบ้านและชุมชน รวมทั้งทัศนคติ และการ ปฏิบัติในเชิงแบ่งแยกจากสังคม ซึ่งยิ่งเพิ่มความกดดันทางอารมณ์ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จึงเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตายเพื่อหลบหนีสังคม (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2547ก, หน้า 6-7) ผลกระทบด้านสังคมเกิดจากอคติของสังคมที่ตีตราคนเป็นโรคเอดส์ว่าทำผิด ศีลธรรม ทำลายสังคม เนื่องจากการพบโรคเอดส์ครั้งแรกในกลุ่มคนที่ถูกสังคมตีตราว่าเป็นคนไม่ดี เช่น กลุ่มผู้รักร่วมเพศ กลุ่มผู้ติดยาเสพติดและกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ (Soban, 1992, pp. 47-54)

บุคคลไม่สามารถอยู่กับความทุกข์ ความเครียดได้ตลอดเวลา การตอบสนองทาง อารมณ์เป็นปฏิกริยาเริ่มต้น จากนั้นจะมีกลไกการจะเผชิญข้อเท็จจริงแล้วปรับไปในทิศทางใด ทิศทางหนึ่ง ภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น จากผลกระทบที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับดังกล่าว ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยของ ตนเอง Rukeyser (2004, p. 2) ได้กล่าวถึงการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง จัดการกับการ ถูกประณามหยามเหยียด ความกลัวและความไม่แน่ใจในตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทำให้ชีวิตมี คุณค่า การจัดการตนเองเป็นวิธีการ หรือกระบวนการที่บุคคลจัดกระทำกับตนเองด้วยตนเองอย่าง ตั้งใจ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ตลอดเวลาในการ ดำรงชีวิตด้วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง นำไปสู่การตัดสินใจที่จะกระทำ เมื่ออาการและอาการแสดง เปลี่ยนไปจากสภาวะเดิม อันเนื่องมาจากความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น(Bennett, et al., 2000; Burks, 1999;Hentinen and Kyngas, 1992;Long as cited in Coates and Boore,1995; Riegel, Carlson, and Glaser, 2000 อ้างอิงในชุตินธร เรียนแพง, 2548)

อรัญญา รักษาบ (2548) ได้ศึกษาเรื่องผลการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีเวลาในอดีต และนำมา เชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพในมิติเวลาปัจจุบัน ส่งผลให้สามารถทำนายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ ใน อนาคตได้ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการปรับความนึกคิด พัฒนาสุขภาพจิตใจให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความหวัง และจัดการกับชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ นำไปสู่การ

ใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข อัจฉรา สุคนธรรพ์ และคณะ (2544) ได้ศึกษา การจัดการ ชีวิตประจำวันของคนไทยที่มีภาวะอัมพาตท่อนล่างด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการปรับเปลี่ยน แบบแผนชีวิต พฤติกรรมและด้านสังคมพบว่า คนไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีภาวะอัมพาตท่อนล่าง มีการจัดการกับสถานการณ์อย่างเต็มที่และได้ผลตามมาที่ยังคงมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ในด้าน บวกผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความสงบทางใจ มีกำลังใจ ความมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น รู้สึกตนเองมีค่า มีความหวัง มีความพึงพอใจในสิ่งที่มี บรรลุเป้าหมายชีวิตใหม่ ซึ่งประกอบด้วยการมี ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความเป็นอิสระ มีความรับผิดชอบและมีความหมายต่อผู้อื่น มี ความเป็นอยู่ดีขึ้นและยังคงรักษาสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในสังคม

โอเร็ม (1991 อ้างอิงใน ดวงกมล วัฒราดุลย์ และปานจันทร์ ฐานปณกุลศักดิ์, 2546) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความสำเร็จในการใช้ความพยายามของบุคคลการมี แหล่งประโยชน์เพียงพอ และบุคคลที่มีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย สามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้ โดยใช้ศักยภาพในการดูแลตนเองให้ได้สูงสุด เพราะเมื่อผู้ป่วยมีส่วน ร่วมในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานในการ ดำรงชีวิตทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมมีความคิดริเริ่มตัดสินใจ ตั้งเป้าหมายและคงกิจกรรมการ ดูแลตนเอง เพื่อให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี ถึงแม้จะได้รับผลกระทบจากปัญหาในด้านต่างๆ มากมาย ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน ในขณะเดียวกันก็มีผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำนวนหนึ่งที่มีชีวิตอยู่อย่างผาสุก สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่าง ปกติตามอัตภาพของตน ซึ่งต้องอาศัยการจัดการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

จากการทบทวนการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ยังขาดความรู้ในด้านการรับรู้สุขภาพการจัดการ ตนเอง ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง และผลกระทบจากการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ ความ เข้าใจในเรื่องดังกล่าว โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสามารถนำความรู้มา วางแผนในการดูแล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการจัดการตนเองและยืดระยะเวลาในการดำรงชีวิตอยู่ กับการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีคุณภาพชีวิตดี

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี
2. เพื่อศึกษาความหมายของการจัดการตนเองตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี
3. เพื่อศึกษาผลกระทบของการจัดการตนเองหลังการติดเชื้อ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี

คำถามการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดีมีประสิทธิผลการจัดการตนเองอย่างไร
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดีให้ความหมายของการจัดการตนเองอย่างไร
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดีได้รับผลกระทบอย่างไรจากการจัดการตนเองหลังมีการติดเชื้อเอชไอวี

ความสำคัญของการวิจัย

1. ใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการจัดการตนเองและจัดการกับปัญหาหรือผลกระทบที่ต้องเผชิญได้อย่างมีคุณภาพ
2. ได้แนวทางสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รายอื่นในการจัดการตนเองและจัดการกับปัญหา หรือผลกระทบที่ต้องเผชิญได้อย่างมีคุณภาพ

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตของเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการจัดการตนเองตามประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย และได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545, หน้า 71-79) ว่าเป็นผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้คะแนนตั้งแต่ 96 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็มทั้งหมด 130 คะแนน และเป็นผู้ที่ได้รับการประเมินอาการ จากแบบประเมินอาการที่

ผู้วิจัยสร้างขึ้นแล้ว พบว่า มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่จะศึกษา โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งมีเนื้อหาคำถามการวิจัย ดังนี้

1. ประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี
2. ความหมายของการจัดการตนเองตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี
3. ผลกระทบของการจัดการตนเองหลังการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี

การวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เดือนเมษายน 2550 ถึงวันที่ 10 กันยายน 2550

นิยามศัพท์เฉพาะ

ประสบการณ์ หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ที่ได้ประสบมาหลังจากติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้สุขภาพ การจัดการตนเอง และปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง หมายถึง วิธีการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จัดกระทำกับตนเอง เพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร การจัดการกับอาการอ่อนเพลียเหนื่อยล้า อาการเหนื่อยหอบ การจัดการเกี่ยวกับอารมณ์กลัว โกรธ ภาวะซึมเศร้า การแยกตัว การแก้ปัญหาสุขภาพ การออกกำลังกาย การตัดสินใจเกี่ยวกับการสื่อสารกับครอบครัว และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ตลอดจนการประเมินอาการของตนเอง และการสร้างความหวังในชีวิตได้อย่างมีคุณภาพเพื่อให้สามารถรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายจิตใจของตน คงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวก สามารถดำเนินชีวิตครอบครัวและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

คุณภาพชีวิตดี หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับรู้ว่าคุณภาพการดำรงชีวิตของตนได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมตามอัตภาพ มีความรู้สึกเป็นปกติสุข มีความพึงพอใจ ยินดี มีความสุข ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มีความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา มีความสัมพันธ์กับสังคม สิ่งแวดล้อม ดำรงชีวิตอยู่ภายใต้ค่านิยม วัฒนธรรมและมีเป้าหมายในชีวิต มีการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเลือด โดยวิธี Elisa ในครั้งแรกและผลการตรวจยืนยันได้ผลบวกทั้งที่ยังไม่มีอาการและมีอาการตั้งแต่ 1-11 อาการตามนิยามผู้ติดเชื้อที่มีอาการที่ระบุในรายงาน 506/1

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเลือด โดยวิธี Elisa ในครั้งแรก และผลการตรวจยืนยันได้ผลบวก และปรากฏอาการของการติดเชื้อฉวยโอกาส และอาการที่บ่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม โดยตรวจพบโรคหรือกลุ่มอาการที่ปรากฏ 1 ใน 25 โรค ตามการจัดกลุ่มโรคของ CDC หรือตรวจพบระดับ CD4 น้อยกว่า 200 ต่อไมโครลิตรอย่างน้อย 2 ครั้ง ในกรณีที่ไม่มีปรากฏอาการของโรคหรือกลุ่มอาการอื่นๆ ตามนิยามผู้ป่วยเอดส์ที่ระบุใน รายงาน 506 /1

